



## Consejo Profesional de Médicos Veterinarios

### LEY NACIONAL 14.072

Pasco 760 – C1219ABF – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel: 5235-1683 / 4941-0552 | cpmv@medvet.info | www.cpmv.org.ar

Nº

D

Expte. Nº \_\_\_\_\_

# //////////////////// FORMULARIO DE DENUNCIAS //////////////////////

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

(Los datos contenidos en este formulario son de carácter confidencial)

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Complete con sus datos:	
Nombre y apellido:	
Tipo y Número de Documento:	Matrícula Nº:*
Domicilio:	
Barrio:	Código Postal:
Teléfonos:	
Email:	

\* Solo Matriculados en el CPMV

Datos de la persona / establecimiento responsable y/o involucrado en la situación:	
Nombre y apellido / Razón Social / Nombre de fantasía:	
Domicilio:	
Barrio:	Código Postal:
Teléfonos:	

**Describa brevemente los hechos denunciados:**

(Detalle con letra clara el lugar, fecha, horario, las personas presentes, y cualquier información importante de la situación)

**Detallar la documentación adjunta:** (En caso de Presunta Mala Praxis, debe adjuntar Historia Clínica, Factura de la atención clínica y Necropsia, si corresponde. No se aceptarán si no se incluye la documentación antes detallada.)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DENUNCIANTE

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
DNI y/o Número de Matrícula

\_\_\_\_\_  
Firma del Personal Administrativo

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de recepción de Formulario